

Formulario Form 499R-2W-2 PR Rev. 05/04
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name MARIA		3. Num. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) MATEO TORRES		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	8. Sueldos - Wages 29,505.46	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628		5. Num. Seguro Social Conyuge Spouse's Social Security No.	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Num. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 29,505.46	
			20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 427.83	
			21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
			22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
			23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		
Fecha de Cese de Operaciones Cess of Operations Date		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,602.04		
Número de Control - Control Number 39190201		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,462.52		
		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Corte aquí

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario
Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05.05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name MARIA		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) MATEO TORRES		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married		7. Sueldos - Wages 31639.45		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628		5. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 31639.45	
Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2005 Year:		11. Total=7+8+9+10 31639.45		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 458.77		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00			
		13. Cont. Retenido - Tax Withheld 1830.58		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00			
		14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2597.52					
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00					
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00					
Número de Control - Control Number 50613439							

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482 Rev. 09.06

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
2006 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2006 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL 1 de Enero de 2006 TERMINADO EL 31 de Dic de 2006		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año		Sello de Pago	
Liquidador: Revisor: G RO VI V2 P1 P2 N D E A M		Nombre del Contribuyente: Maria Inicial: M Apellido Paterno: MATEO Apellido Materno: TORRES Dirección Postal: HC. 02. 3046045 Camu. PR Código Postal: 00769 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Contribuyente: Fecha de Nacimiento: Sexo: <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F Día Mes Año: Número de Seguro Social Cónyuge: Fecha de Nacimiento del Cónyuge: Día Mes Año: Teléfono Residencia: () - Teléfono del Trabajo: () - CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	
Nombre e Inicial del Cónyuge: Apellido Paterno: Apellido Materno: Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): Código Postal:		Número de Recibo: Importe:			
Correo Electrónico (E-Mail): SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input checked="" type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)			
FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: MAESTRA Ocupación cónyuge:		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE PLANILLA 2007 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
Sello de Recibido: 16 ABR. 2007		1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total de comprobantes con esta planilla: 1			
		A-Contribución Retenida 1889 00 Contribución Retenida 1889 00		B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 31,933 00 Salarios Federales 31,933 00	
C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) 2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) B) Participación distributable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) C) Participación distributable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, líneas 1A a la 1C, según aplique) E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3D) F) Participación distributable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1E) H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14) M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo) R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)		(01) 00 (02) 00 (03) 00 (04) 00 (05) 00 (06) 00 (07) 00 (08) 00 (09) 00 (10) 00 (11) 00 (12) 00 (13) 00 (14) 00 (15) 00 (16) 00 (17) 00 (18) 00 (19) 00 (20) 00 (21) 00 (22) 31,933 00 (23) 00 (24) 00 (25) 00 (26) 00 (27) 00 (28) 00 (29) 00 (30) 31,933 00			
3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2R) 4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe:) (23) (Núm. sentencia:) (24) 5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)					

FORMA LARGA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador: _____ Revisor: _____ 2007 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2007 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL 1 de Enero de 07 y TERMINADO EL 31 de Dic de 07		<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA		<input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año	
Nombre del Contribuyente: MARIA Dirección Postal: HC-02-BOX-6045 Coomo, P.R. Código Postal: 00769 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Día Mes Año Teléfono Residencia: _____ Teléfono del Trabajo: _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Sello de Pago	
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): _____ Código Postal: _____		Número de Recibo: _____ Importe: _____			

SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input checked="" type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	
FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada Su ocupación: MARISTIA Ocupación cónyuge: _____		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE PLANILLA 2008 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	

Sello de Recibido DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1166-Colección Coamo RECIBIDO APR 15 2009 SIN PAGO SECRETARIO DE HACIENDA		1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique). Total de comprobantes con esta planilla: 1		A-Contribución Retenida <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>1,449</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>1,449</td><td>00</td></tr> </table>		1,449	00		00		00		00		00	1,449	00	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>32,560</td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td> </td><td>00</td></tr> <tr><td>32,560</td><td>00</td></tr> </table>		32,560	00		00		00		00		00	32,560	00
1,449	00																														
	00																														
	00																														
	00																														
	00																														
1,449	00																														
32,560	00																														
	00																														
	00																														
	00																														
	00																														
32,560	00																														

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)		Contribución Retenida		Salarios Federales					
2. Otros Ingresos (o Pérdidas): A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10) B) Participación distribuible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R) C) Participación distribuible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R) D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A) E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B) F) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo) G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D) H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo) I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo) J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12) L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14) M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo) N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo) O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo) P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo) Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo) R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)		(01) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00	(02) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00
	00								
	00								
3. Total Ingreso Bruto (Suma líneas 1B, 1C y 2A a la 2R) 4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe: _____) (23) (Núm. sentencia _____) (24) 5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)		(21) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00	(22) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>32,560</td><td>00</td></tr> </table>		32,560	00
	00								
32,560	00								
		(23) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00	(24) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00
	00								
	00								
		(25) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00	(26) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00
	00								
	00								
		(27) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00	(28) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00
	00								
	00								
		(29) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td> </td><td>00</td></tr> </table>			00	(30) <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>32,560</td><td>00</td></tr> </table>		32,560	00
	00								
32,560	00								

Formulario 482 - Rev. 11.08

FORMA LARGA

Liquidador		Revisor	
G	RO	V1	V2
P1	P2	N	D1
D2	E	A	M

☐ PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

2008 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO **2008**
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS
AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL
1 de enero de 2008 y TERMINADO EL 31 de dic de 2008

Número de Serie

☐ PLANILLA ENMENDADA

☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Dia Mes Año

Sello de Pago

Número de Recibo: Importe:

101555 S1788 P1 *****5-DIGIT 00769
MATEO TORRES, MARIA
HC 2 BOX 6045
COAMO PR 00769 L E

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Correo Electrónico (E-Mail)

Encasillado 1

SI NO

A. ☒ Ciudadano de Estados Unidos?

B. ☒ Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

C. ☒ Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?

D. ☒ Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?

E. ☒ Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)

F. ☒ Obligación de hacer pagos a ASUME?

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

- ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
- ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
- ☒ Jefe de familia (No para casados)
- ☐ Soltero
- ☐ Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)

CONTRATO GOBIERNO

☐ CONTRIBUYENTE ☐ CONYUGE

PLANILLA 2009

☒ ESPAÑOL ☐ INGLÉS

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

- G. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
- H. ☐ Empleado del Gobierno Federal
- I. ☐ Empleado de Empresa Privada
- Su ocupación Maestra Ocupación cónyuge

- J. ☐ Retirado/Pensionado
- K. ☐ Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajan. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individuo.

Sello de Recibido

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

☒ SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique).

☒ Total de comprobantes con esta planilla ... 01

A-Contribución Retenida

1273	00
	00
	00
	00
	00

Contribución Retenida

1,273	00
-------	----

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)(01)

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

32,506	00
	00
	00
	00
	00

Salarios Federales

32,506	00
--------	----

2. Otros Ingresos (o Pérdidas):

- Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)
- Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)
- Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)
- Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)
- Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)
- Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)
- Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)
- Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)
- Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)
- Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)
- Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)
- Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14)
- Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)
- Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)
- Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)
- Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)
- Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individuo)
- Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individuo)
- Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo Q1)
- Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)

3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2S)) (24) (Núm. sentencia) (25) (26)

4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe:) (24) (Núm. sentencia) (25) (26)

5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)) (24) (Núm. sentencia) (25) (26)

Periodo de Conservación: Diez (10) años

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez
HATO REY, PR 00919

Esquina Calaf

Exhibit Page 6 of 15

Grupo de Pago: SM -Quincenal

Desde: 06/15/2009

Hasta: 06/26/2009

Aviso #: 51269

Fecha Aviso: 06/30

MARIA M MATEO TORRES HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628	# Empleado: Dept: 8005021-Ponce Coamo Lugar: Susana Rivera Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2,705.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married claiming 1/2 Concesiones: 0 3 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:
---	---	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
----- Corriente -----						----- Acumulado -----		
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acum
Pago de Salarios Regulares			1,352.50	732.00	16,230.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.61	23
Licencia Enfermedad en Exceso			0.00		17.48	PR Withholding	51.83	62

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919Fecha
06/30/2009Aviso N
5126944

Cant. Deposito: \$493.51

A la
Cuenta(s) DeMARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Dep
Checking	072109688	\$
Total:		\$

NO-NEGOCIABLE

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Grupo de Pago: SM-Quincenal
Desde: 02/19/2010
Hasta: 03/04/2010
Aviso #: 9453109
Fecha Aviso: 02/26/2010

MARIA M MATEO TORRES HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628	# Empleado: Dept: 8005021-Ponce Coamo Lugar: Susana Rivera Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2,705.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married claiming 1/2 Concesiones: 0 3 Pct. Adel.: Cant. Adel.:
---	---	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente	Horas	Ingresos	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumul
Pago de Salarios Regulares				1,352.50	240.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.62	78.
					5,410.00	PR Withholding	51.83	207.
Total:				1,352.50	240.00	5,410.00	71.45	285

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumul
GPR Plan de Retiro de Maestro	121.73	486.92	RM-Pres Cult- Ret Maestros	50.49	201.96	SM-First Medical Health Plan	120.00	240
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	263.62	1,054.48	GPR Plan de Retiro de Maestro	114.96	459
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	158.17	632.68	FSED Disability Plan	22.99	91
			SM-First Medical Health Plan	127.50	510.00			
			CO-COOP MAESTRO PR	5.00	20.00			
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	26.10	104.40			
			AS-ASOC MAESTROS DE P.R.	8.50	34.00			
			Ahorros-AEELA	40.58	162.32			
Total:	121.73	486.92	Total:	679.96	2,719.84	* Tributable		

TOTAL BRUTO		BRUTO TRIBUT. FED		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA N
Corriente:	1,352.50	0.00		71.45		801.69		479
Acumulado:	5,410.00	0.00		285.77		3,206.76		1,917

EQU HORAS		ACUM
Balance Inicial:	0.0	
+ Ganada:		
+ Compra:		
- Usada:		
- Donada:		
+ Ajustes:		
Balance Final:	0.0	

DISTRIBUCION PAGA NTA	
Aviso #9453109	479
Total:	479

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
02/26/2010

Aviso No.
9453109

Cant. Deposito: \$479.36

A la
Cuenta(s) De

MARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Depos
Checking	072109688	\$479
Total:		\$479

NO-NEGOCIABLE

FORMA CORTA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE JAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1998103	
Liquidador	Revisor	2011	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011	2011	<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA
R	G	O	V	I	V
P	2	N	D	I	D
E	A	M			
Nombre del Contribuyente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Contribuyente	
MARIA		MATEO	TORRES		
Dirección Postal		Fecha de Nacimiento			
HC 2 Box 6045		Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F			
Coamo PR Código Postal 00769-0000		Día Mes Año			
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Cónyuge			
Nombre e Inicial del Cónyuge		Fecha de Nacimiento del Cónyuge			
Apellido Paterno		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
Apellido Materno		Día Mes Año			
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		Teléfono Residencia			
HC 2 Box 6045		7870000000			
Coamo PR Código Postal 00769-0000		Teléfono del Trabajo			
Correo Electrónico (E-Mail) PLANILLASGABBY@YAHOO.COM		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
		PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS			
Cuestionario	E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:				
	1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)				
	2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)				
	Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)				
	Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge				
Reintegro	PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.				
	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) (01) 564 00				
	A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00				
	B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00				
	C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 564 00				
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 0 00				
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00				
	(b) Intereses (07) 0 00				
	(c) Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00				
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00				
Depósito	AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO				
	Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros				
Cuenta a nombre de: y (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente		Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha	
✓ Firmada Electrónicamente		07-04-2012	✓		
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio			
GABBY A ORTIZ HERNANDEZ		GABBY A ORTIZ HERNANDEZ			
Número de Registro	Número de Identificación Patronal	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Firma del Especialista	Fecha	
010480	660-60-7056	<input checked="" type="radio"/>	Firmada Electrónicamente	07-04-2012	

NOTA AL CONTRIBUYENTE Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ NO. Si contesto "SI", anote la firma y el número de registro del Especialista

Número confirmación: 0407201209819675071998103

Período de Conservación: Diez (10) años

Formulario 481 Rev. 29 oct 12

FORMA CORTA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Caja	
Liquidador: _____ Revisor: _____ 2012 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2012 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2012 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2012		<input type="checkbox"/> PLANILLA EN MENUDA		<input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CONYUGE	
Nombre del Contribuyente: MARIA Inicial: _____ Apellido Paterno: MATEO Apellido Materno: TORRES Dirección Postal: HC 2 Box 6045 Coamo PR Código Postal: 00769 *Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí* Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): HC 2 Box 6045 Coamo PR Código Postal: 00769 Correo Electrónico (E-Mail): PLANILLASGABBY@YAHOO.COM		Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Teléfono Residencial: (787) 320-2858 Teléfono del Trabajo: _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Sello de Recibido Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA COPIA 10 JUN 2013 SIN PAGO SECRETARIA DE HACIENDA	
Cuestionario SI NO A. <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Otro _____ Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) 01 645.00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan 02 00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico 03 00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 04 645.00					
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) 05 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado 06 00 (b) Intereses 07 00 (c) Recargos y Penalidades 08 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) 09 00					
Depósito Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: _____ Número de su cuenta: _____ Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente: _____ Fecha: _____ Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____ Nombre del Especialista (Letra de Molde): GABBY A ORTIZ HERNANDEZ Nombre de la Firma o Negocio: ETAX BARRANQUITAS Firma del Especialista: _____ Fecha: 7 Jun 2013 Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="checkbox"/> Número de Registro: 010480					
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista. Periodo de Conservación: Diez (10) años PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)					

Periodo de Conservación: Diez (10) años

FORMA ÚNICA		2014	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2014	Número de Serie
Liquidador Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL			
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014			
Nombre del Contribuyente MARIA		Apellido Paterno MATEO	Apellido Materno TORRES	Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal HC 4 Box 6045		Fecha de Nacimiento		Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	
Coamo PR		Código Postal 00769		Número de Seguro Social Cónyuge	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) BO LO LLANOS CALLE 3 NO. 36 Coamo PR		Teléfono Residencia (787) 320-2858		Teléfono del Trabajo	
Correo Electrónico (E-Mail) mariamateo20@gmail.com		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No		Solicitó Prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	
¿UTILIZÓ PROGRAMA PRIVADO PARA LLENAR LA PLANILLA? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No		PLANILLA 2015: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS			

Cuestionario	SI	NO	<p>A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)</p> <p>D. <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)</p> <p>E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal</p> <p>3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada</p> <p>4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado</p> <p>5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)</p> <p>6. <input type="radio"/> Otro</p>
	<p>F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p>1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)</p> <p>2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge)</p> <p>3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p>		

Reintegro	<p>1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)</p> <p>A) Acreditar a la contribución estimada 2015</p> <p>B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan</p> <p>C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico</p> <p>D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)</p>	<p>01 382 00</p> <p>02 00</p> <p>03 00</p> <p>04 00</p> <p>05 382 00</p>
Pago	<p>2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28)</p> <p>3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado</p> <p>(b) Intereses</p> <p>(c) Recargos y Penalidades</p> <p>4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))</p>	<p>06 00</p> <p>07 00</p> <p>08 00</p> <p>09 00</p> <p>10 00</p>

Depósito	<p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO</p> <p>Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros</p> <p>Número de ruta/tránsito: <input type="text"/></p> <p>Número de su cuenta: <input type="text"/></p> <p>Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)</p>
-----------------	---

<p>Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.</p>			
Firma del Contribuyente	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
Luis A Torres		Torres Associates	
Firma del Especialista	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Número de Registro
	04/14/15	<input checked="" type="radio"/>	19571

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ No. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

Conf. 04092016100084D0BE1854428

Formulario 482 Rev. 4 dic 17

FORMA ÚNICA															2017		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2017		Número de Serie																				
Liquidador										Revisor																															
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M	PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL																												
1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017																																									
Nombre del Contribuyente MARIA										Inicial M		Apellido Paterno MATEO										Apellido Materno TORRES																			
Dirección Postal HC 4 Box 6045															Fecha de Nacimiento										Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CÓNYUGE <input type="radio"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: _____ Día Mes Año Sello de Recibido 14/04/2018 11:01:48 AM														
Coamo PR															Código Postal 00769										Número de Seguro Social Contribuyente																
Nombre e Inicial del Cónyuge															Apellido Paterno										Apellido Materno																
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 4 Box 6045															Fecha de Nacimiento del Cónyuge										Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F																
Coamo PR															Código Postal 00769										Teléfono Residencia (787) 320-2858										Teléfono del Trabajo						
Correo Electrónico (E-Mail) mariamateo20@gmail.com															Cambio de Dirección: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No										Solicitó Prórroga: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No										CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge						
Cuestionario A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día _____ Mes _____ Año _____) 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día _____ Mes _____ Año _____) 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año C. <input checked="" type="radio"/> Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ _____ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input checked="" type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input checked="" type="radio"/> Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input checked="" type="radio"/> Sujo de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input checked="" type="radio"/> Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día _____ Mes _____ Año _____) H. <input checked="" type="radio"/> Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto _____) 2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto _____)															FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/ Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Ganja Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro _____										ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge _____																
															PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.																										
															Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 142 A) Acreditar a la contribución estimada 2018 (01) B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 142 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (05) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) (b) Intereses (07) (c) Recargos y Penalidades (08) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (09) 00 (10)																										
																														Pago 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 142 A) Acreditar a la contribución estimada 2018 (01) B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 142 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (05) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) (b) Intereses (07) (c) Recargos y Penalidades (08) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (09) 00 (10)											
Depósito Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 021502011 Número de su cuenta 072109688 Cuenta a nombre de: MARIA MATEO TORRES (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)																																									
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente: LUIS A TORRES Fecha: 14/04/2018 Nombre del Especialista (Letra de Molde): LUIS A TORRES Firma del Especialista: LUIS A TORRES Fecha: 14/04/2018 Firma del Cónyuge: TORRES ASSOCIATES Fecha: _____ Nombre de la Firma o Negocio: TORRES ASSOCIATES Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="radio"/> 19571 Número de Registro: 19571																																									

2018 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2018		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL			
01 de ene. de 2018 Y TERMINADO EL 31 de dic. de 2018			
Liquidador R G R O V I V 2 P 1 P 2 N D 1 D 2 E A M		Revisor	
Nombre del Contribuyente MARIA Dirección Postal HC 4 Box 6045 Coamo PR Código Postal 00769		Inicial M Apellido Paterno MATEO Apellido Materno TORRES Número de Seguro Social Contribuyente	
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 4 Box 6045 Coamo PR Código Postal 00769		Fecha de Matrimonio Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F Número de Seguro Social Cónyuge Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F Teléfono Residencia (787) 320 - 2858 Teléfono del Trabajo () CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	
Correo Electrónico (E-Mail) torresmateomaria7@gmail.com		CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge	

Cuestionario	SI NO A. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año) 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año) 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ D. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Reglas Internas Federal? G. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año) H. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto) 2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto)	
	I. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Locales 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO (Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e Indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge	

Reintegro	PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.		
	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29 indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01		
	A) Acreditar a la contribución estimada 2019 (01) 0 00		
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estudiante de la Bahía de San Juan (02) 0 00		
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00		
Pago	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 0 00		
	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (05) 99 00		
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00		
	(b) Ingresos (07) 0 00		
	Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00		
Depósito	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 99 00		
	AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques <input checked="" type="radio"/> Aportaciones Número de ruta/tránsito <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Número de su cuenta <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Cuenta a nombre y (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)		

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Fecha 12/04/2019 Firma del Cónyuge Nombre de la Firma o Negocio	
Firma del Especialista		Fecha Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="radio"/> Número de Registro	